



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.32**

**TEMA
“EFECTIVIDAD DE LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN
MEDICINA FAMILIAR, DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1, IMSS,
DELEGACIÓN, HGO”**

**QUE PRESENTA EL MÉDICO CIRUJANO
MARCO ANTONIO RÍOS ALARCÓN**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**DR. NÉSTOR MEJÍA MIRANDA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DEL PROGRAMA
DE MEDICINA FAMILIAR DEL IMSS**

**DR. DAVID ARMENGOL AGIS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR CLÍNICO**

**LIC. JESÚS MÁXIMO VENTURA
LICENCIADO EN ENFERMERÍA
ASESOR METODOLÓGICO**

**DR. ALEJANDRO AUGUSTO MAZA GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR METODOLÓGICO UNIVERSITARIO**

**PERÍODO DE LA ESPECIALIDAD
2010-2013**

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

M.C.ESP.JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS
DE SALUD DE LA U.A.E.H.

DR. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA DEL ICSA.

DR. ERNESTO FRANCISCO GONZÁLEZ HERNÁNDEZ
COORDINADOR DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

DRA. LOURDES CRISTINA CARRILLO ALARCÓN
CATEDRÁTICA TITULAR Y ASESOR
EN METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

DR.ALEJANDRO AUGUSTO MAZA GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR METODOLÓGICO UNIVERSITARIO

**POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 32**

DRA. GRESS MARISELL GÓMEZ ARTEAGA
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL.
DELEGACIÓN IMSS, HIDALGO.

DRA. ELBA TORRES FLORES
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN
SALUDELEGACIÓN IMSS, HIDALGO.

DR.JUAN JOSÉ CABAÑAS NAVARRO
DIRECTOR DE LA U.M.F. NO.32
IMSS, PACHUCA DE SOTO, HIDALGO.

DR. JESÚS MARTÍNEZ ÁNGELES
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALÚD
U.M.F NO 32 IMSS, PACHUCA DE SOTO, HIDALGO.

DR. NÉSTOR MEJÍA MIRANDA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR, PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS.

DR. DAVID ARMENGOL AGIS.
ESPECIALIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR CLÍNICO

LIC.JESÚS MÁXIMO VENTURA
LICENCIADO EN ENFERMERÍA.
ASESOR METODOLÓGICO

DEDICATORIA

A ti Dios, que me diste la oportunidad de vivir y de regalarme una familia maravillosa.

Con mucho cariño, principalmente a mi esposa, que ha sido el motor y que ha estado conmigo en todo momento, a mi madre (†) que siempre fue una fuente de inspiración y perseverancia, por darme una carrera, un futuro y por creer en mí.

A mis hijos. Marco, Paulina y Alejandro por robarles el tiempo que les pertenecía para realizar este sueño.

AGRADECIMIENTOS

Principalmente a mi esposa, Marisa Molina, por contar con su apoyo en todo momento.

A mis hijos, Marco Raúl, Paulina y Alejandro, por soportar mi ausencia durante este proyecto.

A mi suegra y cuñadas por cuidar de mis hijos.

Y de manera muy especial a la Sra. Mercedes Téllez Pineda. Por ser como una madre para mis hijos.

Índice

II.-Resumen.....	2
III.-Marco Teórico.....	3
IV.-Justificación.....	11
V.-Planeamiento del problema.....	13
VI.-Objetivos.....	14
VII.-Hipótesis.....	15
VIII.-Material y métodos.....	16
8.1.-Tipo de estudio.	
8.2.- Diseño metodológico.	
8.3.- Población.	
8.4.- Muestra.	
8.5.- Lugar donde se realizó el estudio.	
8.6.- Criterios de selección.	
8.7.- Descripción general del estudio.	
8.8- Procedimientos.	
8.9- Procesamiento de datos.	
8.10.- Aspectos estadísticos.	
8.11.- Variables.	
IX.-Aspectos éticos.....	20
X.-Recursos, financiamiento y factibilidad.....	21
XI.-Resultados.....	22
XII.-Conclusión.....	35
XIII.-Discusión.....	36
XIV.-Sugerencias.....	37
XV.-Referencias bibliográficas.....	38
XVI.-Cronograma de actividades.....	41
Anexos	
a. Instrumento de recolección de datos	43
b. Carta de Consentimiento informado	44

II.-Resumen

Título: Efectividad de la Comunicación Médico-Paciente en Medicina Familiar

La relación entre el paciente y el médico tiene una enorme influencia sobre la salud, el funcionamiento y la satisfacción. Una relación de comunicación, de expresión, en la que se reconoce al emisor/paciente, un canal de comunicación, la entrevista, el diálogo, y un receptor/médico, que en la dinámica propia se vuelve de doble vía, biunívoca, con un intercambio de información técnicamente conducido, a fin de tomar determinaciones y decisiones lo más consensuadas posibles entre el médico y el paciente y sus particularidades. Consiste, básicamente, en un encuentro real o virtual, entre un sujeto que demanda y otro que encarna un supuesto “saber” que puede posibilitar a aquél (paciente), salir de la situación de su padecimiento corporal, mental o espiritual, aunque el otro (médico), no sepa anticipadamente qué se le pedirá y si podrá responder a la demanda.

Objetivo general: Identificar la efectividad de la Comunicación Médico-Paciente en la consulta de Medicina Familiar en el HGZMF No.1, IMSS, Delegación, Hidalgo.

Material y métodos:

Tipo de estudio: Descriptivo, Exploratorio y correlacionar.

Diseño metodológico: Transversal.

Población: 34 231 Pacientes atendidos en la consulta externa de medicina familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1., IMSS, delegación Hidalgo, turno matutino y vespertino. La muestra se conformó por 418 pacientes que hayan sido consultados por médicos familiares del turno matutino y vespertino.

Aspectos estadísticos: De los datos obtenidos se procesaron a través de pruebas paramétricas como correlación de Pearson, regresión lineal y chi cuadrada, Así como de estadística descriptiva con medidas de tendencia central como media, mediana, y medidas de frecuencia.

Lugar donde se realizó el estudio: Se llevó a cabo en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 de Pachuca Hidalgo, siendo este un hospital de segundo nivel que proporciona atención médica de medicina familiar.

Tiempo en que se realizó el estudio: Posterior a la autorización por el comité local de Investigación, se llevó a cabo durante 2 meses.

Resultados: En cuanto a las edades, se observó que de las mujeres la más prevalente fue de 18 a 29 años y de los hombres de 60 a 69 años. 366 de los pacientes refirieron que los médicos si les dan la bienvenida al llegar a su consultorio y además les llaman por su nombre, por otra parte 24 refieren que no les dan la bienvenida pero si les hablan por su nombre. 250 pacientes evaluaron una comunicación muy efectiva que representa el 59.8%, 60 pacientes una comunicación efectiva que representa un 14.3 %, 55 pacientes una comunicación efectiva regular con un 13.1% y 53 con una comunicación *no efectiva equivalente al 12.6%*.

Conclusión: La comunicación médico-paciente es trascendental para una mayor efectividad en la atención médica. Representa una tarea de análisis continuo de variables profesionales y socioculturales de los pacientes. Esta investigación demostró que de los 418 pacientes encuestados, 250 evaluaron una comunicación médico-paciente muy efectiva, 60 pacientes una comunicación efectiva, 55 pacientes una comunicación efectiva regular y 53 una comunicación no efectiva. Lo que demanda estrategias para el fortalecimiento profesional e institucional para una atención médica de mayor calidad.

III.-.-Marco Teórico:

La excelencia en la práctica médica está determinada no sólo por la competencia y desempeño científico-técnico y la calidad del entorno, donde tienen lugar los servicios de salud, sino también por la dimensión ética y humanista en el ejercicio de esta práctica. Ello justifica la necesidad de que el médico domine los elementos Esenciales de la comunicación humana (1). La comunicación es la pieza básica en la relación médico-paciente y ha sido objeto de múltiples estudios en las últimas décadas. La mayoría de esos trabajos se han centrado en la influencia (positiva) de la comunicación sobre el cumplimiento terapéutico y la satisfacción del usuario, en un entorno relacional paternalista en el que el médico (el experto) toma las decisiones que conciernen al paciente (2).

El médico, por su posición profesional y por su condición de ofertador de ayuda es ubicado por el paciente en el nivel one-up, término empleado en una relación para expresar superioridad, y el paciente se sitúa automáticamente en posición one-down. Esta ubicación interpersonal trae aparejadas ventajas y desventajas. Entre las primeras está el hecho de que el paciente reconoce la superioridad científica del médico, y por lo tanto, acepta el tratamiento. Esta situación personal también le infunde un tinte mágico al médico, que en ocasiones facilita la curación de muchos pacientes (3). Por ende, es importante considerar que el tipo de relación que se establezca dependerá de las características del paciente y el tipo de situación clínica. Además, esta relación es dinámica y los roles que se asumen varían en el tiempo. Sin embargo, cualquiera sea el modelo que se adopte, el énfasis actual es puesto en el respeto y participación mutua de médico y paciente en la toma de decisiones sanitarias. Esto se asocia a una nueva visión de paciente, ahora capaz y autónomo, pese a estar enfermo, lo que a su vez genera un nuevo modelo de relación asistencial donde el paciente tiene un rol protagónico (4). En éste sentido, la comunicación clínica es una competencia del médico que influye en el proceso diagnóstico y terapéutico poderosamente y que puede y debe ser enseñada (5). Históricamente en tensión, la relación médico paciente entró en su crisis más evidente y profunda con la modernidad. La *Modernidad* que cubrió para muchos el período transcurrido entre los siglos XV y XIX (del Renacimiento al Positivismo); ha sido caracterizada por las transformaciones revolucionarias que se dieron en todos los órdenes de la vida social dados tres elementos esenciales: la secularización de la vida civil, el poder del desarrollo científico y tecnológico y la transformación política de los estados que desembocaron en la revolución industrial. Sin embargo, a finales del siglo XIX, a pesar de tantas revoluciones, las condiciones humanas de grandes masas de población era paupérrima y el desarrollo industrial y económico lejos de permitirle superar al individuo común su condición de pobreza, ignorancia y dependencia, las acrecentaba (6).

Además del trabajo de médicos que contribuyeron a identificar la relación entre trabajo, nivel socioeconómico y enfermedad, dos notables pensadores, Frederic Engels y Karl Marx denunciaron abierta y directamente con La situación de la clase obrera en Inglaterra (1845) y El Capital (1867), respectivamente, los efectos de la industrialización sobre las condiciones humanas de la mayoría de la población. Se hizo evidente que las condiciones de salud eran la consecuencia no solo de largos períodos laborales dados en precarias, insalubres y riesgosas condiciones de trabajo, con bajos salarios, sino que además había una medicina para ricos y otra para pobres. Las condiciones de los hospitales públicos eran denigrantes: el pobre se entregaba *sin condiciones* a una atención de beneficencia, destinada a atender las situaciones extremas de enfermedad con la retribución inexcusable de prestar su cuerpo vivo o muerto al servicio de la enseñanza clínica; no solo se carecía de acciones que protegieran la salud de los pobres, sino que la atención de la enfermedad era en si misma calamitosa, el individuo carecía de la condición de sujeto, porque se lo convertía en objeto, a lo sumo en órgano, como nos lo plantea Foucault en el Nacimiento de la clínica (7).

Crisis en la relación médico-paciente

La relación entre el paciente y el médico tiene una enorme influencia sobre la salud, el funcionamiento y la satisfacción. De igual modo, un médico que tenga relaciones satisfactorias con los pacientes es más posible que disfrute con su trabajo y que lo mantenga. Los procesos de comunicación tanto verbal como no verbal, condicionan la calidad de esas relaciones (8). La esencia de la crisis en la relación médico-paciente está determinada por una actitud que subvalora y degrada al paciente a la condición de objeto, generando un trato alienante y cosificado que deshumaniza la interacción. El término deshumanización señala el deterioro de los valores y atributos, en la actitud y trato deseables en el sistema de salud. Deshumanización es despersonalización. Dicha despersonalización de la medicina se ha explicado como un producto de transformaciones políticas, económico, legal, cultural y tecnológico, que con una postura racionalista estimulan actitudes utilitarias y eficientistas en la relación médico-paciente, lo que reducen la relación a una interacción técnica instrumental que ha cambiado el lenguaje y presiona cambios en la interacción médico-paciente (9). El paciente es ahora “cliente” o a lo sumo “usuario” y los profesionales de salud, son ahora “prestadores de servicios”; de allí han surgido cambios que regulan la relación médico-paciente, a través, de leyes y normas, apareciendo diversas intermediaciones generadoras de tensiones que son fuentes de masificación, exclusión, estratificación, limitación, distracción y demora de la relación, considerándose que llegan a ser iatrogénicas. Foucault hace notar que en el proceso de comprensión de la enfermedad en los clínicos franceses deriva de la

anatomía patológica, que solo estudia cadáveres o tejidos muertos y al profundizar en ello termina considerando la enfermedad como trastornos fisiológicos de los tejidos que alteran órganos. De esta forma, la sede de la enfermedad no está en el ser humano sino en sus órganos y a ellos es que se dirige el médico (10). Por consiguiente, la humanización en medicina se refiere a los valores más trascendentes que surgen en la relación médico paciente. Para el logro de una comunicación entre el médico y el paciente se considera que esta debe incluir al menos: libertad de elección (autonomía), competencia profesional (idoneidad), buena comunicación (diálogo), compasión (empatía), estabilidad de la relación (continuidad) y ausencia conflictos de interés (especialmente económicos), Estas cualidades son evidenciables a través de las actitudes y conductas del médico hacia el paciente en la comunicación que establece con él y frecuentemente los códigos de ética médica se han preocupado de definir las y regularlas (11). El código de Ética Médica define los principios ético-morales que deben caracterizar al médico, y se destaca la importancia de desarrollar una adecuada comunicación médico-paciente. Sin embargo, existen insuficiencias en esa relación, en la comunicación afectiva que tanto influye en el nivel de satisfacción de la población como en el tratamiento y control de las enfermedades (12).

Sin embargo, regular normativamente la Comunicación Médico Paciente, resulta insuficiente, de ello da cuenta el creciente volumen de demandas por mala práctica a los médicos y a las instituciones de salud, donde las deficiencias de la comunicación entre médico y paciente son la característica común sobresaliente; de allí que la comunicación se entienda como un componente fundamental de la humanización (13).

La comunicación en la atención sanitaria

El hombre posee autoconciencia de su finitud y esa ineludible realidad es uno de los motores de su angustia; y si bien vive pretendiendo ignorar su condición de mortal, no le faltan oportunidades debeladoras.

El encuentro con la enfermedad ajena, y sobre todo la propia, constituye una de esas situaciones recordatorias de lo vulnerable e incierto de su naturaleza. Por dicho motivo, el hombre enfermo tiene siempre en realidad dos problemas: su enfermedad, y la angustia que ella representa, en algún grado, ante la posibilidad de morir. Resulta claro entonces que un paciente cuando concurre a la consulta busca desde ya una solución a su enfermedad, pero también contención a su angustia.

Es por esta razón que la consulta médica debe, por un lado, funcionar como una fuente de información tendiente a entender y resolver la enfermedad del paciente,

y por otro, resultar un verdadero bálsamo para su angustia (14). Así pues, en el establecimiento de esta relación, conviene que exista una vinculación/conexión real entre los interactuantes, donde se influyan mutuamente al estar en posibilidad de comunicar sentimientos y pensamientos, no sólo derivados de la afección orgánica sino también el malestar o indisposición por conflictos emocionales, situaciones, laborales y socioculturales (15).

La Relación Médico-Paciente (RMP), se puede analizar desde diferentes ángulos, en realidad, tantos como elementos haya constitutivos de un encuentro entre dos o más seres humanos, en un entorno particular constituido por un contrato de servicio demandado, inserto en una sociedad determinada. Aunque su análisis es motivo de debate continuo e inacabable, se resaltan los puntos de vista más prominentes desde el que hacer fundamental de la medicina clínica, cual es, su devoción y entrega para ayudar al paciente. La Relación Médico Paciente ha sido siempre el fundamento de la práctica clínica. Se sustenta en una serie de principios y valores que comparten ambos participantes, como son la confidencialidad, la veracidad, la fidelidad y la privacidad, y en las habilidades del médico para comunicarse con el paciente y para generarle confianza (16). Éstos son atributos esenciales y, por ello, no tienen que ver con los cambios sociales o con los valores que prevalecen en un determinado momento histórico o en una comunidad específica, pero la evolución de la sociedad puede hacer surgir otros valores o poner en riesgo los fundamentales, por lo que conviene examinar cómo se da la relación médico-paciente en el momento actual de las sociedades occidentales modernas, aceptando que se trata de sociedades en transición y que el futuro depende de cómo se resuelva esta transición (17).

Comunicación Médico-Paciente:

En primer término, se identifica como una relación de comunicación, de expresión, en la que se reconoce al emisor/paciente, un canal de comunicación, la entrevista, el diálogo, y un receptor/médico, que en la dinámica propia se vuelve de doble vía, biunívoca, con un intercambio de información técnicamente conducido, a fin de tomar determinaciones y decisiones lo más consensuadas posibles entre el médico y el paciente y sus particularidades. Consiste, básicamente, en un encuentro real o virtual, entre un sujeto que demanda y otro que encarna un supuesto "saber" que puede posibilitar a aquél (paciente), salir de la situación de su padecimiento corporal, mental o espiritual, aunque el otro (médico), no sepa anticipadamente qué se le pedirá y si podrá responder a la demanda (18).

El médico ocupa su lugar al escuchar esas demandas, identificar las transferencias del paciente que generalmente expresan preocupación, ansia de

solución, sufrimiento o de privación, siempre con el propósito de brindar la ayuda necesaria para la curación y preservación de la salud y el bienestar general. Las demandas pueden ser conscientes para ambas partes, expresadas por la solicitud de asistencia del paciente, que conlleva la formulación de un contrato fáctico que acarrea responsabilidades administrativas, civiles y penales, en caso de fallas, particularmente del médico, como en los casos de iatrogenia y mala praxis profesional, o en las de difamación y desprestigio por parte del paciente (19).

Se parte del concepto biológico de que el cuerpo humano es un ser orgánico cognoscible, que expresa síntomas y signos que el médico interpreta con su “saber”, para dar una respuesta de asistencia. Las demandas inconscientes tanto para el médico como para el paciente, base principal de la Relación Médico Paciente, no conciernen al organismo como cuerpo físico, como soma, son del área psíquica, son subjetivas, tienen que ver con los afectos, gustos, deseos, emociones, angustias, y otros sentimientos con frecuencia expresados de manera sutil, que el médico debe reconocer y manejar a lo largo de toda la relación. A ellas no se responde desde la biología y el tecnicismo, requieren de la comprensión de los procesos psicodinámicos que las condicionan, hay que ubicarlas, contextual y sincrónicamente, en la historia natural de la enfermedad y sus consecuencias, interpretando las expresiones del paciente en cuanto a sus pensamientos, sentimientos y emociones. Es la otra parte, que generalmente no se percibe bien, en la que hay otra forma de manifestaciones del proceso salud/enfermedad que se debe integrar a través del arte y la ciencia clínica (20).

Es el arte médico basado en los principios elementales del humanismo, tratando de sentir lo que el paciente siente, siendo tolerante ante las manifestaciones de la diversidad humana, comprensivas y solidarias ante el desamparo que impele a apelar por ayuda ante quien se supone sabrá manejar y dar las mejores respuestas de solución a las carencias.

El paciente manifiesta sus necesidades por medio de transferencias psíquicas que la mayor parte de las veces son de visión paternalista, de dependencia, por la vulnerabilidad y frustración ante el fracaso de la autocuración, de hecho, nos relata una historia autobiográfica en la que se observan automatismos de repetición, de condicionamientos psíquicos que a lo mejor ocurrieron durante la infancia y ahora en ocasión del apuro mórbido se repiten, quizás transfiriendo la figura paterna al médico (21).

Relación médico-paciente- comunicación:

El encuentro entre el médico y el paciente implican una interacción comunicativa. Comunicación proviene de la raíz latina *communicāre*; que implica hacer a otro participe de lo que uno tiene; descubrir, manifestar o hacer saber a alguien algo; Conversar, tratar con otro corporalmente, de palabra o por escrito; transmitir señales mediante un código común entre un emisor y un receptor; establecer medios de acceso entre poblaciones o lugares; consultar con otros un asunto, tomando su parecer; comulgar, o finalmente, extenderse, propagarse. La Comunicación Medico Paciente, implica prácticamente todos estos aspectos, que tienen diversos matices y connotaciones históricas, científicas, culturales, legales, filosóficas, lingüísticas, antropológicas y epistemológicas (22).

La Comunicación Medico Paciente, vigente en occidente se desarrolla a partir de un proceso investigativo, que se consolidó en Europa en el siglo XIX bajo el apelativo de Método Clínico. Basado en el método científico, fue desarrollado por los grandes padres de la medicina francesa, fundamentándose en el Método clínico, que es la aplicación del método científico o experimental de las ciencias aplicado en el estudio de pacientes individuales, fue sistematizado por Claude Bernard en su libro "Introducción al estudio de la medicina experimental" y consisten en cinco etapas:

- Idea a priori
- criterio experimental
- determinismo
- duda
- contraprueba

El problema es la manifestación de las quejas del paciente que es interpretado por el médico con un lenguaje estandarizado; la obtención de la información se da en el interrogatorio y el examen físico (antecedentes, síntomas, signos, evolución, respuesta a tratamientos y otros hallazgos), las hipótesis diagnósticas son los diagnósticos presuntivos; la contrastación son los análisis que permiten valorar, ajustar y precisar un diagnóstico y para ir a la comprobación final, se recurre en la mayoría de casos, aunque no en todos, a los estudios de laboratorio (23).

Como método científico la comunicación médico-paciente tiene un carácter empírico-experimental, hipotético-deductivo, riguroso, sistemático, estandarizado y verificable, que conduce el proceder profesional hacia una actitud cognitiva dialéctica y exploratoria muy valiosa, pero que dentro de los parámetros clásicos aún vigentes se suele centrar en lo orgánico, dando menor valor a los fenómenos psíquicos, culturales, espirituales y sociales que son frecuentemente excluidos del análisis clínico.

Surge así un primer obstáculo, desafortunadamente frecuente, de la relación médico-paciente: centrarse en los problemas anatómicos y fisiológicos, desatendiendo las demás dimensiones de la persona, lo que si bien permite asegurar una eficaz apreciación de los trastornos orgánicos, ignora o subvalora aquellos aspectos relacionados con el comportamiento, la sociedad y la cultura que permiten contextualizar y percibir fenómenos relacionados con el origen de la enfermedad, las estrategias terapéuticas y su prevención (24).

La historia clínica y la comunicación:

La Comunicación Medico Paciente, se consigna y formaliza mediante la historia clínica, que se constituye en el instrumento mejor aceptado desde el punto de vista profesional, jurídico y académico.

La historia clínica se desarrolla sobre la base del método clínico, como una herramienta empírica de investigación que permite el registro, la sistematización y el seguimiento de los hechos acaecidos en el encuentro del médico con el paciente, y que puede consignarse por escrito o en registros magnéticos, informáticos o audiovisuales. Ella se constituye en evidencia y memoria de la Relación Medico Paciente, para lo cual emplea como método de indagación la entrevista clínica (25).

La entrevista médica:

La entrevista médica tiene varios propósitos que incluyen el conocimiento mutuo de dos seres humanos, el abordaje, estudio y análisis de una problemática que motiva el encuentro, la elaboración de unas hipótesis diagnósticas, su comprobación, el planteamiento de un diagnóstico y con este el desarrollo de un plan terapéutico (26). La entrevista médica se inicia con una aproximación mutua entre médico y paciente, de reconocimiento general en la que cada uno se forma una primera impresión del otro, a manera de observación recíproca, en la cual el médico asume la iniciativa comunicativa que debe facilitar la confianza y la disposición al diálogo. Posteriormente se aborda el problema fundamental motivo de la consulta y se profundiza en el conocimiento del paciente mediante un proceso sistemático de preguntas y el examen físico (27). El médico siempre debe tener en cuenta el contexto cultural, la educación y las creencias del paciente con el fin de lograr una comunicación más precisa y acertada, de tal forma tanto el médico como el paciente sepan de que se está hablando sobre todo cuando se refieren al diagnóstico y el tratamiento. La comunicación implica que así como el médico aprende a manejar las características del paciente, a respetarlas (cultura, creencia y valores) a pesar de que vayan en contra de la cultura propia (28).

El lenguaje y la actitud empleados son esenciales, consciente e inconscientemente se hace una interpretación del lenguaje verbal y corporal que

permite comprender la situación del paciente al médico y evidenciar la disposición del médico al paciente. En esta fase se busca recolectar, analizar y contrastar la información necesaria para plantear un diagnóstico presuntivo, que suele requerir una confirmación clínica. Finalmente se elaboran las posiciones comunes; si se ha definido el diagnóstico se consideran las alternativas de tratamiento; de lo contrario se plantea la realización de pruebas diagnósticas complementarias. Aquí debe quedar claro para el médico las circunstancias y problemas del paciente y para este la interpretación que hace el médico de su situación y el plan a seguir (29).

La despedida cierra la entrevista con una demostración del afecto suscitado, y una acto de esperanza y fe para alcanzar el mejor de los resultados. Si bien estos son conductas que se enseñan en los cursos de Semiología, una de las advertencias más frecuentes que hacen los profesores de esta área es que la semiología se aprende toda la vida, lo que implica no solo el hecho que muchas técnicas exploratorias requieren además del entrenamiento de años de práctica para obtener de ellas el mayor provecho, de la constante actualización para reforzar lo conocido y aprender lo nuevo; además implica que los comportamientos comunicativos se van adquiriendo como parte de aprendizajes y de cambios personales que implican maduración y desarrollo humano (30).

La historia clínica se sustenta de esta manera sobre un proceso comunicativo. La Comunicación representa la manifestación más compleja y elevada en las relaciones humanas y la práctica médica es un tipo específico de relación interpersonal donde resulta imprescindible que el profesional de la salud sea capaz de utilizar métodos y procedimientos efectivos de interacción social y psicológica, como elemento esencial de que le permite cumplir con su rol, alcanzar las metas de su práctica y reconocer al ser humano como persona (31).

El proceso comunicativo caracteriza el comportamiento y el desarrollo humano por su complejidad y especificidad, situación que determina toda relación interpersonal. En conclusión, el uso efectivo de habilidades comunicacionales realizado por los médicos en el ámbito clínico, beneficia tanto al profesional como a sus pacientes. Por una parte, el médico identifica los problemas de sus pacientes con mayor precisión y por otra, disminuyen las demandas y litigios iniciados en su contra (32). El nivel de satisfacción de ambos aumenta, permitiendo posiblemente reducir en el médico el síndrome de burnout.

Con una comunicación efectiva, las molestias en el paciente disminuyen y aumenta su satisfacción. No se trata únicamente de mejorar los aspectos psicológicos de la atención. Aunque son pocos, existen estudios, incluyendo ensayos randomizados, que muestran que mejorando la comunicación en aspectos específicos, también mejoran los resultados fisiológicos (33).

IV.-Justificación: **Áreas específicas**

Metodológica: La Universidad Nacional Autónoma de México, diseñó y validó un Instrumento para el análisis de la comunicación médico-paciente en medicina familiar, la cual al ser aplicada, permite identificar la efectividad de la comunicación durante la consulta médica.

Teórica: La relación médico - paciente, sigue siendo, por encima de los continuos progresos en los conocimientos científicos y desarrollos tecnológicos, el sustento de la práctica médica y en consecuencia el escenario fundamental de la formación del médico; sin embargo los cambios históricos han determinado que fuerzas sociales, económicas, políticas, tecnológicas o culturales hayan distorsionado este fundamento esencial, involucrando a los profesionales de la salud en procesos que desvirtúan su misión central. La relación entre insatisfacción del paciente y quejas por mala práctica se ha vinculado con dificultades en la comunicación médico-paciente (34).

Práctica: Cuando un paciente acude a la consulta, busca desde ya una solución a su enfermedad, pero también contención a su angustia. Es por esta razón que la consulta médica debe, por un lado, funcionar como una fuente de información tendiente a entender y resolver la enfermedad del paciente, y por otro, resultar un verdadero bálsamo para su angustia. Cuando una consulta médica permite alcanzar ambos objetivos, es porque ha logrado generar una atmósfera terapéutica, que es en definitiva la que alivia la preocupación del paciente (35). Por lo que, aplicar el Instrumento para análisis de la comunicación médico-paciente en medicina familiar, no conllevará a mayor complejidad y desde el punto de vista económico, no genera grandes costos.

Aspectos metodológicos:

Pertinencia: Esta investigación es pertinente, ya que en la consulta externa de medicina familiar, se llevan a cabo entrevistas como parte integral de las consultas médicas, en las cuales existe la participación del profesional médico y del paciente.

Magnitud: En México, los problemas de comunicación y relación médico-paciente, se evidencia por las demandas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Dentro de las evidencias científicas relacionadas al presente estudio, Infante, ha documentado los aspectos relevantes de la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención médica y encontró que los motivos de queja se podían agrupar en nueve rubros; de éstos, los problemas específicos de comunicación estuvieron presentes en un porcentaje elevado. Se identificó un substrato de mala relación médico-paciente en la que la comunicación fue un aspecto fundamental. Baile, señala que existe la necesidad de mejorar las capacidades comunicativas del médico y aunque ejemplifica la situación con la habilidad de los médicos para

otorgar malas noticias, señala que aproximadamente el 90 % de ellos no ha tenido un entrenamiento formal para tal función. Por ejemplo, los programas educativos de pre y posgrado no enseñan la manera de dar malas noticias al paciente; por lo que los médicos lo aprenden hasta que tienen la oportunidad de observar la forma en la cual otros colegas manejan tales situaciones durante su práctica profesional (36).

Trascendencia: La atención de calidad, es una de los principales indicadores que se miden en la eficiencia de los servicios de salud, el abordaje de ésta variable es trascendente y de impacto, puesto que la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, continúa atendiendo quejas de pacientes por problemas de comunicación por parte del médico.

Factibilidad: El estudio es factible, ya que, en el HGZMF No1, se tiene una población de 34 231 derechohabientes entre 18 y 50 años de edad, que reciben consulta por médicos familiares, a quienes se les podrá aplicar el Instrumento para análisis de la comunicación médico-paciente en medicina familiar (37).

Político: El Instituto Mexicano del Seguro Social, dentro de sus políticas considera de manera prioritaria, la calidad de atención al derechohabiente, por lo que dentro de ésta, se encuentra inmersa la comunicación existente entre el médico y el paciente lo que de igual manera se correlaciona con las políticas de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, los derechos de los pacientes y la Normatividad Institucional IMSS.

Administrativo: De acuerdo a los lineamientos administrativos institucionales, se justifica éste estudio, ya que cumple con criterios organizacionales de la institución como los son turnos y horarios, así como se apega a la normatividad administrativa institucional, con la coordinación directa con los jefes de servicio de la consulta externa de Medicina Familiar.

Aspectos éticos: La presente investigación no agrede emocional, sentimental ni físicamente a los participantes, pues solo consistirá en dar respuesta a un cuestionario posterior a recibir la consulta médica. Para poder participar se orientará al paciente y se le invitará a firmar un consentimiento informado.

Viabilidad: Este estudio de investigación es viable, puesto que se cuenta con 27 consultorios con 27 médicos familiares, que dan consulta en turno matutino y vespertino, así mismo se tiene una población elevada de derechohabientes que acuden a éstos consultorios.

Interesante: Los problemas legales en los que se encuentran inmersos los médicos, contemplan problemas de comunicación con el paciente, si consideramos que una taréa principal y que desarrolla en todo momento el médico es la consulta, es interesante medir la efectividad de la comunicación durante éste proceso.

Novedoso: El estudio es interesante, pues en la delegación IMSS, Hidalgo, no se encontró evidencia científica del estudio de las variables.

V.-Planteamiento del problema:

La medicina contemporánea reconoce como nunca en su historia, la labilidad a la que se enfrenta su práctica. El tema se reconoce mundialmente. Al reconocerse, reportes recientes han descrito que el error en medicina es prevalente y que genera gran cantidad de pérdida de vidas humanas, discapacidad, pérdidas económicas inconmensurables y afectan la calidad de la práctica de la medicina. Diversos autores ubican a la práctica de la medicina como una de las industrias de riesgo por los resultados anormales que potencialmente pueden ocurrir durante su ejercicio. Muchos médicos en la actualidad ejercen control sobre el paciente al que en ocasiones consideran ignorante en cuestiones de salud, pretenden dominar al paciente, olvidan que el paciente sólo estará bajo su tratamiento hasta que se recupere y que debe aconsejarlo y ayudarlo. Separan a la enfermedad de la persona y no piensan en la relación entre el paciente con su enfermedad y trata a la primera como un ente propio. Es cada vez más tecnócrata y se distancia de la ciencia, aprender a manejar máquinas y a apretar botones nada tiene que ver con el conocimiento científico. Trabaja con más recursos, pide los estudios que desea e impone el tratamiento necesario; sin angustiarse por la capacidad económica del enfermo; sin considerar que el tratamiento del médico implica también conceder libertad de decisión al paciente y no sólo formular prescripciones o escribir recetas. Olvida que el arte de su profesión supone saber escuchar y entender al enfermo; saber llevar afecto la sucesión de hechos clínicos y que para resolver todo lo relacionado con la clínica se debe tener una formación ética, que la ética clásica establece el conjunto de virtudes que debe reunir el buen médico.

Ante estas situaciones uno de los principales aspectos que se descuida es la comunicación con el paciente, elemento indispensable para el logro del objetivo principal del médico, que es la recuperación de la salud. Repercutiendo esta falta de comunicación en la calidad de atención, el apego al tratamiento, entendimiento de actividades de autocuidado en el hogar, el respeto a sus decisiones en cuanto a su tratamiento etc.

Expuestas estas situaciones se deduce la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la efectividad de la Comunicación Médico-Paciente en la consulta de Medicina Familiar en el HGZMF No.1, IMSS, Delegación, Hidalgo?

VI.-Objetivos:

General:

Identificar la efectividad de la Comunicación Médico-Paciente en la consulta de Medicina Familiar en el HGZMF No.1, IMSS, Delegación, Hidalgo.

Específicos:

- Identificar el grado de comunicación verbal por parte del médico.
- Identificar el grado de comunicación no verbal por parte del médico.
- Detectar la calidad de comunicación con el paciente, en cada etapa de la exploración física.
- Conocer la comunicación del médico en cuanto a la negociación terapéutica.
- Detectar el grado de atención del médico en cuanto al padecimiento del paciente y su tratamiento.

VII.-Hipótesis:

De investigación:

La Comunicación Médico-Paciente en la consulta de Medicina Familiar en el HGZMF No.1, IMSS, Delegación, Hidalgo es altamente efectiva.

Nula:

No existe efectividad en la Comunicación Médico-Paciente en la consulta de Medicina Familiar en el HGZMF No.1, IMSS, Delegación, Hidalgo, dado que el médico no escucha al paciente, y sus expresiones verbales y no verbales son deficientes.

VIII.-Material y métodos:

8.1.-Tipo de estudio: Descriptivo, Exploratorio y correlacional.

8.2.-Diseño metodológico: Transversal.

8.3.-Población: 34 231 Pacientes atendidos en la consulta externa de medicina familiar turno matutino y vespertino, del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1., IMSS, delegación Hidalgo.

8.4.-Muestra: La muestra fue de tipo probabilística, integrada por 418 pacientes, extraída por la siguiente formula:

$$n = \frac{Z^2 p \cdot q \cdot N}{Ne^2 + Z^2 p \cdot q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.50) (1-0.50) (34\ 231)}{(34\ 231) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.50) (1-0.50)}$$

$$n = \frac{3.8416 (0.50) (0.50) (34\ 231)}{(34\ 231) (0.0025) + (3.8416) (0.50) (0.50)}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.25) (34\ 231)}{85.777 + (3.8416) (0.25)}$$

$$n = \frac{32\ 875.452}{85.777 + 0.9604}$$

$$n = \frac{32\ 875.452}{86.5374}$$

$$n = 379.898 = 380 + 10 \% = \mathbf{418}$$

8.5.-Lugar donde se desarrolló el estudio: Se llevó a cabo en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 de Pachuca Hidalgo, siendo este un hospital de segundo nivel que proporciona atención médica de medicina familiar, de octubre a noviembre de 2012.

8.6.-Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes adscritos al HGZMF No. 1.
- Que hayan sido atendidos por médicos familiares del turno matutino y vespertino.
- Pacientes en edad de 18 a 50 años de edad.
- Sexo indistinto.
- Con cualquier tipo de padecimiento.
- Escolaridad: indistinta
- Pacientes que firmaron consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes con capacidades diferentes.
- Que no cubrieran el rango de edad.
- Pacientes que estuvieran hospitalizados.
- Que hayan sido atendidos por otra especialidad.
- Que no firmaran consentimiento informado.

8.7.-Descripción general del estudio:

Material:

Se utilizó el instrumento denominado: “Instrumento para el análisis de la comunicación médico-paciente en medicina familiar” el cual se adaptó para el presente estudio. El instrumento fue elaborado por Hernández Torres Isaías, UNAM, y consta de 120 ítems, con respuestas SI y NO, y escalas del 0 al 10.

8.8.-Procedimientos:

- El presente estudio se desarrolló a partir de la autorización del comité de enseñanza e investigación del HGZMF No.1 del IMSS.
- Se hicieron los trámites para solicitar a las autoridades del HGZMF No.1 para la realización de la investigación en el servicio de Consulta externa.
- Se abordaron a los pacientes al salir del consultorio.
- Se procedió a medir las variables en un periodo de 30 días.
- Se realizó la captura de los datos a través del paquete estadístico SPSS versión 19.
- Se hizo el análisis estadístico de los datos en el tiempo comprendido, de acuerdo al cronograma de actividades.
- Se realizó la presentación de los resultados a través de cuadros y gráficas.
- Se redactó el informe final y se sometió a la revisión del asesor metodológico para proceder a las respectivas correcciones.

8.9.-Procesamiento de datos.- Los datos fueron procesados a través del programa estadístico SPSS versión 19.

8.10.-Aspectos estadísticos: De los datos obtenidos se mostraron de manera cualitativa y cuantitativa, que se procesaron a través de pruebas paramétricas como correlación de Pearson, regresión lineal y chi cuadrada, Así como de estadística descriptiva con medidas de tendencia central como media, mediana, y medidas de frecuencia.

8.11.-Variables

Variable Dependiente. Efectividad de la comunicación

Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Dimensiones
Grado de significancia entre el emisor y receptor, en el abordaje de un tema de conversación.	Permite identificar las necesidades y capacidades del paciente, y al paciente, recibir orientación y tratamiento en base a sus necesidades.	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Muy Efectiva • Efectiva • Efectividad regular • Efectividad deficiente

Variable independiente: Medicina familiar

Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable
Especialidad médica horizontal, en amplitud de predominio clínico que comparte el conocimiento y destrezas de otras especialidades e integra las ciencias biomédicas, conductuales y sociales.	Como especialidad médica, previene, diagnostica, trata y rehabilita problemas de salud.	Cualitativa

Otras variables de estudio

Variable	Comunicación verbal
Tipo de variable	Nominal
Definición conceptual	Tipo de comunicación a través de la voz
Definición operacional	Capacidad de un individuo para expresar sentimientos, ideas, pensamientos, etc.
Escala de medición	Cualitativa-politómica
Indicadores	Efectiva-inefectiva

Variable	Comunicación no verbal
Tipo de variable	Nominal
Definición conceptual	Tipo de comunicación a través de mímica, símbolos o signos.
Definición operacional	Capacidad de un individuo para expresar sentimientos, ideas, pensamientos, etc. A través de medios a su alcance en los que no utiliza la voz.
Escala de medición	Cualitativa-politómica
Indicadores	Efectiva-inefectiva

Variable	Edad
Tipo de variable	Discreta
Definición conceptual	Número de años cumplidos por el individuo al momento de aplicar el instrumento
Definición operacional	Tiempo de vida expresado en años
Escala de medición	Cuantitativa-politómica
Indicadores	Años cumplidos

Variable	PADECIMIENTO
Tipo de variable	Nominal
Definición conceptual	Condición que altera el equilibrio humano en salud
Definición operacional	Enfermedad que padece un individuo
Escala de medición	Cualitativa-Politómica
Indicadores	Enfermedad por persona

IX.-Aspectos éticos

En base a la Declaración de Helsinki de 1975, Finlandia en 1964, de la Asociación Médica Mundial, Leyes y Códigos de México, Ley General de Salud, Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I, se respetó el anonimato de las participantes, fue bajo el consentimiento informado del paciente sobre los riesgos y beneficios del estudio y pudieron negarse a contestar la encuesta.

De acuerdo a los objetivos planteados en el presente estudio no se afectó la integridad física de los pacientes, sin embargo de acuerdo a los lineamientos éticos no se encuestó a ningún paciente sin tener el consentimiento informado firmado.

X.-Recursos:**Humanos:**

1 médico residente de Medicina Familiar.

1 Asesor metodológico.

1 Asesor clínico.

Materiales:

- Hojas de papel bond
- Lápices
- Lapiceros
- Pizarrón
- Aula con butacas.
- Fotocopias
- Computadora
- Impresora

Financieros:

Los recursos financieros fueron cubiertos por el investigador.

XI.-Resultados:

La muestra estuvo conformada por 418 pacientes atendidos en la consulta externa de medicina familiar, de los cuáles, **el cuadro 1**, describe que se tuvo un rango mínimo de 18 años de edad y un rango máximo de 90 años. De esta población, 306 son mujeres que equivale al 73.20% del total de la muestra y 112 hombres equivalente a 26.80%. En cuanto a las edades, se observó que de las mujeres la más prevalente fue de 18 a 29 años y de los hombres de 60 a 69 años. Al analizar ambos sexos, se identificó que acuden más a consulta médica las personas entre los 18 y 69 años de edad, pues solo 24 personas entre 70 y 90 años acudieron a consulta en éste periodo de estudio, por ello se tiene una Mo: 18-29 años.

La edad, representa un factor esencial en la atención a los pacientes, por ello, en **el cuadro 2**, se representan los problemas de comunicación de los pacientes según su edad, donde se observa una prevalencia de 40 pacientes con problemas para escuchar, 84 con problemas visuales y 20 con problemas del habla. Lo impactante la capacidad auditiva es trascendental ante una indicación o enseñanza durante la consulta médica, siendo éste problema el más prevalente en la población encuestada.

Las habilidades médicas que se deben desarrollar desde la formación profesional para establecer una comunicación médico-paciente, radican en el conocimiento de quien atiende. **El cuadro 3**, demuestra que 366 de los pacientes refirieron que los médicos si les dan la bienvenida al llegar a su consultorio y además les llaman por su nombre, por otra parte 24 refieren que no les dan la bienvenida pero si les hablan por su nombre. Solo 12 de los 418 expresaron que no les dan la bienvenida ni les llaman por su nombre, lo que evidencia una comunicación superficial.

Con relación al apoyo que utiliza el médico para comunicarse con aquellos pacientes con alguna discapacidad, **el cuadro 4**, muestra que 42 de los pacientes con problemas para escuchar, ver y hablar si se les mostró algún recurso como folletos, imagen, cartel, que le permitiera de una mejor manera expresar sus síntomas, en contradicción a 95 pacientes que estas discapacidades no se

utilizaron éstos recursos. Esto evidencia la falta de acercamiento por parte del profesional médico a recursos didácticos, informativos y persuasivos durante la consulta médica.

Tomando en cuenta que la edad, es un factor clave en el aprendizaje, retención de información y comprensión de alguna información emitida por el médico, **el cuadro 5**, describe que a 376 pacientes, equivalente al 90% si se les informó su diagnóstico de manera clara y amable, por otra parte a 42 pacientes, no se les informó su diagnóstico, lo que deduce un riesgo en el apego al tratamiento, su autocuidado y seguimiento por desconocimiento por la una comunicación efectiva entre el médico y el paciente. Lo impactante es que de los que no se les informó su diagnóstico, 20 de ellas, se encuentran entre 50 y 90 años de edad, lo que constituye un riesgo mayor para el seguimiento de la enfermedad.

El cuadro 6, demuestra que 334 pacientes refirieron haber observado que el médico que les atendió si portaba gafete de identificación. Por otra parte 30 de los pacientes refirieron que el médico no portaba gafete y de ellos 7 expresan que el médico no les llamó por su nombre. Esto deduce un acercamiento superficial por parte del médico, a su vez, contribuye a menor confianza e inseguridad por parte del paciente durante la consulta médica.

En cuanto a la percepción del paciente de la consulta médica, el desempeño del médico, su conducción, comprensión, aplicación de técnicas, habilidades. Los pacientes expresaron:

En cuanto a la atención médica y la interrogante de ¿el médico le dio privacidad, comodidad y tranquilidad como paciente?, los pacientes dedujeron calificaciones del 1 al 10, encontrando en el **cuadro 7**, que a 24 médicos le dieron una calificación de 1, a 9 médicos calificación entre 2 y 4, a 20 entre 5 y 6 de calificación, a 63 una calificación entre 7 y 8, a 71 calificación de 9 y 225 tuvieron calificación de 10. Tomando en cuenta que el lugar donde se desarrolló el estudio, cuenta con recursos suficientes para brindar una buena calidad de atención; se identifica que las calificaciones del 1-4 que equivalen a 8.9 % de respuestas

corresponden a una efectividad deficiente de comunicación, el 4.8% a una efectividad regular de comunicación, el 15.2% a una comunicación efectiva y el 70.8 % a una comunicación muy efectiva.

Con relación a la oportunidad que el médico brinda al paciente de expresar sus preocupaciones, **el cuadro 8**, muestra que 43 pacientes de 418 (10.3%), dieron una calificación entre 1 y 4 que corresponde a una comunicación médica deficiente. Por otra parte, 17 pacientes (4.1%) calificaron a los médicos entre 5 y 6 que corresponde a una efectividad de comunicación médica regular, 59 pacientes dieron calificaciones entre 7 y 8 (14.1%) que se interpreta como comunicación efectiva y 299 pacientes (71.5%) que se interpreta como comunicación médica muy efectiva.

La percepción del paciente, medida desde la capacidad del médico para escuchar atentamente al paciente sin distracciones y el hecho de guardar silencio mientras el paciente se expresa, mostro una correlación significativa de $p=<.865$ para ambas variables, mostrando una correlación significativa, pues mientras el médico pone mayor atención auditiva, mejor es la comunicación (**cuadro 9**).

Con relación a las variables: si usted no sabía algo, ¿el médico le ayudó para ser más claro usted como paciente? Y ¿le aclaró las dudas que tenía sobre su problema de salud?, la prueba estadística, arrojo una $p=<.829$ para los 418 sujetos de estudio, mostrando una correlación significativa, lo que deduce que si los pacientes no se daban a explicar, el médico les auxilio para su mejor expresión en la consulta (**cuadro 10**).

En cuanto a el fortalecimiento de la comunicación por el paciente, **el cuadro 11**, muestra la calificación que los pacientes dieron a la interrogante ¿el médico le puso ejemplos para aclarar los síntomas que usted trae por su enfermedad?, a la cuál 55 (13.3%) evaluaron entre 1 y 4 de calificación que corresponde a una comunicación deficiente, 31 pacientes(7.4%) evaluaron entre 5 y 6 de calificación que se interpreta como una comunicación efectiva regular, 67 pacientes (16.1%), los avaluaron entre 8 y 9 que corresponde a una comunicación médica efectiva y

262 (62.7%) entre 9 y 10 de calificación que se interpreta como una comunicación muy efectiva.

En cuanto a la oportunidad que el médico dio a los pacientes para que sus familiares se involucraran durante la consulta, la **gráfica 1**, describe las calificaciones que los pacientes dieron, en donde se observa que 145 pacientes otorgaron una calificación de 10, 62 pacientes calificaron con 9, 42 calificaron con 8, 14 entre 2 y 4 de calificación y 49 pacientes dieron una calificación de 1. Demostrando así una comunicación efectiva con 145 y una comunicación deficiente con 49 pacientes.

La **gráfica 2**, considera si el médico solicitó autorización del paciente para explorarlo, donde 230 pacientes le dan una calificación de 10, que deduce a una comunicación efectiva. Por otro lado, el mismo grafico demuestra que 55 de los pacientes dieron calificación no aprobatoria de acuerdo a los criterios para evaluar la comunicación, pues se encuentra en una dimensión de comunicación no efectiva, lo que deduce que al explorarlos, probablemente no se les solicitó su autorización, esto represente un problema ético-profesional.

En relación a la explicación de estudios realizados en el paciente y sus resultados, y ante la interrogante ¿le explicó los resultados de estudios que le había solicitado de manera amable y cortés? 230 pacientes, dieron calificación de 10, 59 dieron calificación de 9, 34 calificación de 8, 27 pacientes calificaron entre 9 y 7. Lo impactante es que 40 pacientes dieron calificaciones entre 1 y 4, que deduce una comunicación inefectiva de los resultados y seguimiento de su problema de salud de los pacientes (**gráfica 3**).

De igual manera se les cuestionó a los sujetos de estudio, si se le aclararon las dudas sobre su problema de salud, donde 238 pacientes dieron calificaciones de 10, 69 de 9, 32 de 8, 12 de 7, 12 de 6 y 38 dieron calificaciones entre 1 y 4. Por consiguiente esto representa una elevada cantidad de pacientes que acuden a consulta médica y por situaciones de comunicación efectiva, no se aclaran sus dudas (**gráfica 4**).

En la gráfica 5, se determina la efectividad de la comunicación médico-paciente, encontrando 250 que evaluaron una comunicación efectiva que representa el 59.8%, 60 pacientes una comunicación efectiva que representa un 14.3 %, 55 pacientes una comunicación efectiva regular con un 13.1% y 53 con una comunicación *no efectiva equivalente al 12.6%*.

Cuadro 1
Edad y sexo de los pacientes
HGZMF No. 1, IMSS, Hgo, 2012.

		Sexo				
		Masculino	%	Femenino	%	perdido
		Recuento		Recuento		Recuento
Edad	18-29 años	17	4.1	70	16.7	0
	30-39 años	19	4.5	64	15.3	0
	40-49 años	21	5.0	60	14.4	0
	50-59 años	19	4.5	57	13.6	0
	60-69 años	25	6.0	42	10.0	0
	70-79 años	9	2.2	10	2.4	0
	80-89 años	2	0.5	2	0.5	0
	90 años ó más	0	0.0	1	0.2	0
Subtotal		112	26.8	306	73.2	0

Fuente: Instrumento para el análisis de la comunicación médico-paciente en medicina familiar.

Cuadro 2
HGZMF No. 1, IMSS, Hgo, 2012.

		Presenta algún problema para:			
		Escuchar	Ver	Hablar	
		Recuento	Recuento	Recuento	
Edad	18-29 años	1	12	0	
	30-39 años	2	8	3	
	40-49 años	3	17	5	
	50-59 años	9	24	6	
	60-69 años	16	16	6	
	70-79 años	5	6	0	
	80-89 años	3	1	0	
	90 años ó más	1	0	0	
Total		40	84	20	144/418

Fuente: Instrumento para el análisis de la comunicación médico-paciente en medicina familiar.

Cuadro 3
HGZMF No. 1, IMSS, Hgo, 2012.

		¿El médico le llamó por su nombre?		
		Si	No	
		Recuento	Recuento	
¿El médico le da la bienvenida al llegar al consultorio?	Si	342	35	377
	No	24	12	36
Total		366	47	413

Fuente: Instrumento para el análisis de la comunicación médico-paciente en medicina familiar.

Cuadro 4
HGZMF No. 1, IMSS, Hgo, 2012.

		¿Le mostró algún recurso como folleto, imagen, cartel, que le permitiera a usted expresar de una mejor manera lo que siente?		
		Si	No	
		Recuento	Recuento	
Presenta algún problema para:	Escuchar	12	27	39
	Ver	24	55	79
	Hablar	6	13	19
Total		42	95	137

Fuente: Instrumento para el análisis de la comunicación médico-paciente en medicina familiar.

Cuadro 5
HGZMF No. 1, IMSS, Hgo, 2012.

		¿Le informó su diagnóstico y en que consiste de manera clara y amable?			
		Si		No	
		Recuento	%	Recuento	%
Edad	18-29 años	82	19.6	5	1.2
	30-39 años	72	17.2	11	2.6
	40-49 años	74	17.7	6	1.4
	50-59 años	69	16.5	7	1.7
	60-69 años	59	14.1	10	2.4
	70-79 años	16	3.8	2	0.5
	80-89 años	3	0.7	1	0.2
	90 años o más	1	0.2	0	0.0
Total		376	90.0	42	10.0

Fuente: Instrumento para el análisis de la comunicación médico-paciente en medicina familiar.

Cuadro 6
HGZMF No. 1, IMSS, Hgo, 2012.

		¿El médico portaba su gafete de identificación?	
		Si	No
		Recuento	Recuento
¿El médico le llamó por su nombre?	Si	311	23
	No	36	7
Total		347	30

Fuente: Instrumento para el análisis de la comunicación médico-paciente en medicina familiar.

Cuadro 7
HGZMF No. 1, IMSS, Hgo, 2012.

¿Le dio privacidad, comodidad y tranquilidad como paciente?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Calificación del 1 al 10	1	24	5.7	5.8	5.8
	2	4	1.0	1.0	6.7
	3	5	1.2	1.2	7.9
	4	4	1.0	1.0	8.9
	5	16	3.8	3.8	12.7
	6	4	1.0	1.0	13.7
	7	17	4.1	4.1	17.8
	8	46	11.0	11.1	28.8
	9	71	17.0	17.1	45.9
	10	225	53.8	54.1	100.0
Total		416	99.5	100.0	
Perdidos	Sistema	2	.5		
Total		418	100.0		

Fuente: Instrumento para el análisis de la comunicación médico-paciente en medicina familiar.

Cuadro 8
HGZMF No. 1, IMSS, Hgo, 2012.

¿Le permitió explicar sus principales preocupaciones como paciente?			
		Frecuencia	Porcentaje
Calificación del 1 al 10	1	22	5.3
	2	6	1.4
	3	12	2.9
	4	3	0.7
	5	7	1.7
	6	10	2.4
	7	15	3.6
	8	44	10.5
	9	74	17.7
	10	225	53.8
	Total	418	100.0

Fuente: Instrumento para el análisis de la comunicación médico-paciente en medicina familiar.

Cuadro 9
HGZMF No. 1, IMSS, Hgo, 2012.

Correlaciones			
		¿El medico escucho atentamente sin distracción?	¿El médico guardo silencio cuando usted hablaba?
¿El medico escucho atentamente sin distracción?	Correlación de Pearson	1	.865**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	414	403
¿El médico guardo silencio cuando usted hablaba?	Correlación de Pearson	.865**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	403	407

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Instrumento para el análisis de la comunicación médico-paciente en medicina familiar.

Cuadro 10
HGZMF No. 1, IMSS, Hgo, 2012.

Correlaciones			
		Si usted no sabía expresar algo, ¿el médico le ayudó para ser más claro usted como paciente?	¿Le aclaró las dudas que tenía sobre su problema de salud?
Si usted no sabía expresar algo, ¿el médico le ayudó para ser más claro usted como paciente?	Correlación de Pearson	1	.829**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	412	410
¿Le aclaró las dudas que tenía sobre su problema de salud?	Correlación de Pearson	.829**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	410	416

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Instrumento para el análisis de la comunicación médico-paciente en medicina familiar.

Cuadro 11
HGZMF No. 1, IMSS, Hgo, 2012.

¿El médico le puso ejemplos para que aclarara los síntomas que usted trae por su enfermedad?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Calificación del 1 al 10	1	33	7.9	8.0	8.0
	2	10	2.4	2.4	10.4
	3	10	2.4	2.4	12.8
	4	2	.5	.5	13.3
	5	17	4.1	4.1	17.3
	6	14	3.3	3.4	20.7
	7	30	7.2	7.2	28.0
	8	37	8.9	8.9	36.9
	9	71	17.0	17.1	54.0
	10	191	45.7	46.0	100.0
	Total	415	99.3	100.0	
Perdidos	Sistema	3	.7		
Total		418	100.0		

Fuente: Instrumento para el análisis de la comunicación médico-paciente en medicina familiar.

Cuadro 12
HGZMF No. 1, IMSS, Hgo, 2012.

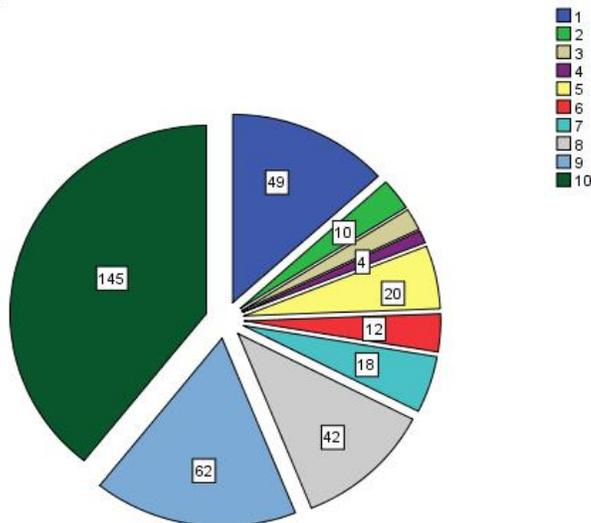
Correlaciones			
		¿El médico se presenta de acuerdo a su rol y grado en el sistema de salud?	¿El médico respondió de manera amable y atenta ante sus problemas de salud?
¿El médico se presenta de acuerdo a su rol y grado en el sistema de salud?	Correlación de Pearson	1	-.193**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	394	390
¿El médico respondió de manera amable y atenta ante sus problemas de salud?	Correlación de Pearson	-.193**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	390	413

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Instrumento para el análisis de la comunicación médico-paciente en medicina familiar.

Gráfica 1
HGZMF No. 1, IMSS, Hgo, 2012.

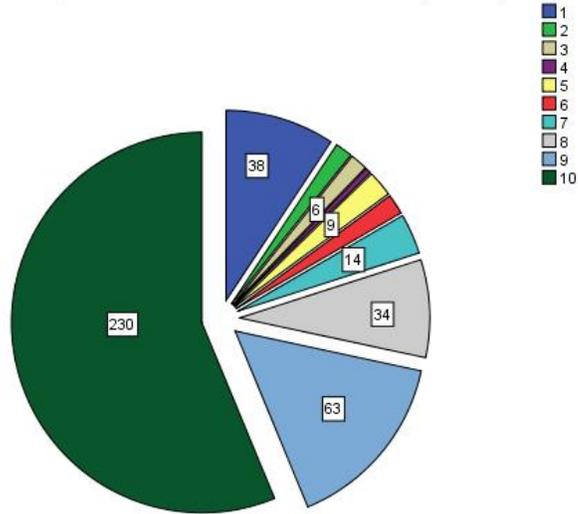
¿El médico involucró también a su familiar durante la consulta?



Fuente: Instrumento para el análisis de la comunicación médico-paciente en medicina familiar

Gráfica 2
HGZMF No. 1, IMSS, Hgo, 2012.

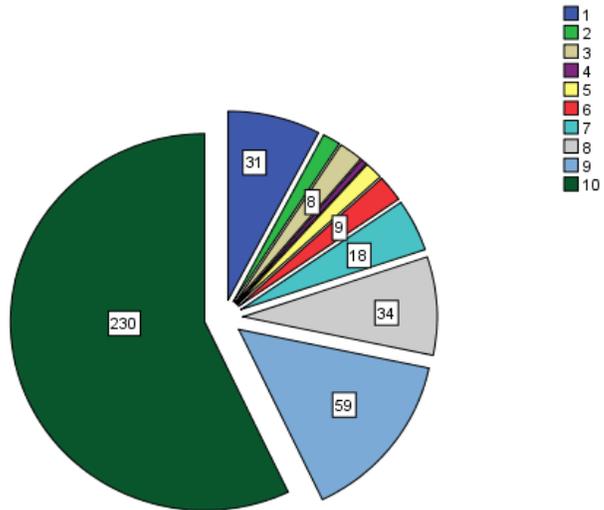
¿El médico le solicitó autorización para explorarlo?



Fuente: Instrumento para el análisis de la comunicación médico-paciente en medicina familiar.

Gráfica 3
HGZMF No. 1, IMSS, Hgo, 2012.

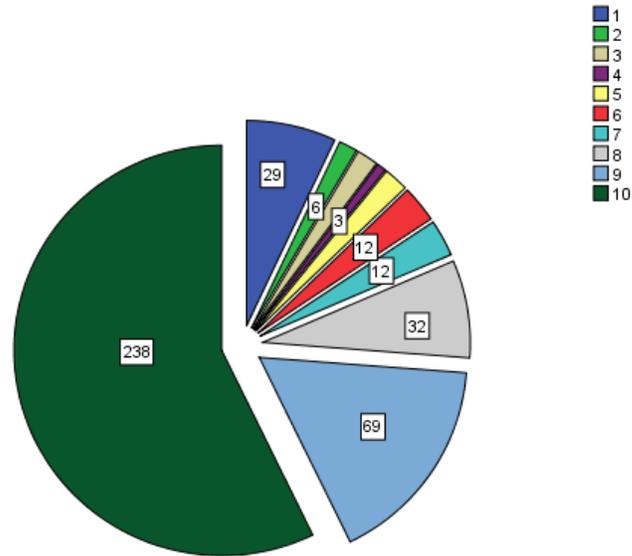
¿Le explicó los resultados de estudios que le había solicitado de manera amable y cortés?



Fuente: Instrumento para el análisis de la comunicación médico-paciente en medicina familiar

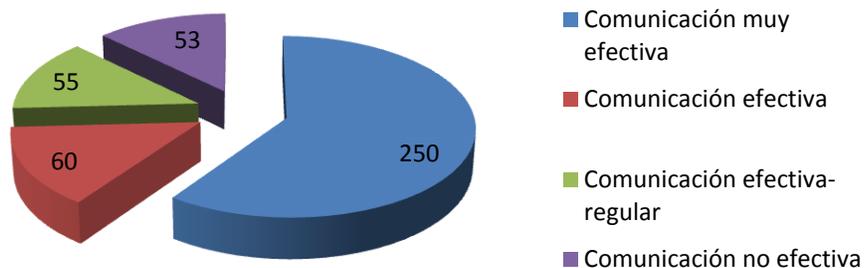
Gráfica 4
HGZMF No. 1, IMSS, Hgo, 2012.

¿Le aclaró las dudas que tenía sobre su problema de salud?



Fuente: Instrumento para el análisis de la comunicación médico-paciente en medicina familiar.

Gráfica 5
HGZMF No. 1, IMSS, Hgo, 2012.



Fuente: Instrumento para el análisis de la comunicación médico-paciente en medicina familiar.

XII.-Conclusión:

Posterior al análisis de resultados, se concluye que de los 418 pacientes encuestados, 250 evaluaron una comunicación médico-paciente muy efectiva, 60 pacientes una comunicación efectiva, 55 pacientes una comunicación efectiva regular y 53 una comunicación no efectiva. De estos pacientes, 306 son mujeres que equivale al 73.20% del total de la muestra y 112 hombres equivalente a 26.80%. En cuanto a las edades, se observó que de las mujeres la más prevalente fue de 18 a 29 años y de los hombres de 60 a 69 años. Se observa una prevalencia de 40 pacientes con problemas para escuchar, 84 con problemas visuales y 20 con problemas del habla. 42 de los pacientes con problemas para escuchar, ver y hablar si se les mostró algún recurso como folletos, imagen, cartel, que le permitiera de una mejor manera expresar sus síntomas, en contradicción a 95 pacientes que estas discapacidades no se utilizaron éstos recursos. La percepción del paciente, medida desde la capacidad del médico para escuchar atentamente al paciente sin distracciones y el hecho de guardar silencio mientras el paciente se expresa, mostró una correlación significativa de $p < .865$ para ambas variables, mostrando una correlación significativa, pues mientras el médico pone mayor atención auditiva, mejor es la comunicación. Lo anterior permite rechazar a la hipótesis planteada que dice: La comunicación médico-paciente es altamente efectiva, pues los resultados demuestran que existen variaciones en cuanto a las dimensiones de la variable comunicación, teniendo así 53 pacientes que emiten una calificación como no efectiva.

XIII.-Discusión:

Torres H, Ortega FMA, mencionan que la comunicación no solo debe servir para obtener información que el médico necesita en el cumplimiento de sus funciones, debe emplearse también para que el paciente se sienta escuchado, para comprender el significado de su enfermedad, lo cual coincide con los resultados de esta investigación, pues dentro de los planteamiento se evaluó la capacidad del médico de escuchar y atender a las inquietudes de los pacientes, la cual demostró una comunicación efectiva regular al respecto. Franco AJ, encontró una correlación positiva en la relación médico-paciente, donde evaluó principalmente la comunicación de las causas de la enfermedad y si se informó el diagnóstico y el tratamiento a los pacientes, lo cual coincide con esta investigación, en la cual se detectó una correlación positiva.

XIV.-Sugerencias:

Con base en los resultados y conclusiones, se sugiere lo siguiente:

- Promover el vínculo entre el médico y el paciente a través de la entrevista.
- Que los directivos diseñen y oferten curso-talleres sobre valores y principios en la atención médica.
- Que los directivos diseñen y oferten cursos de procesos de gestión (centrados en el paciente)
- Concientizar al personal médico del trato humano, la aplicación de la bioética y la calidad humana.
- Evaluar de manera continua la satisfacción del paciente en cuanto a la atención médica, no solo en la consulta externa de medicina familiar si no en todos los servicios hospitalarios.
- Fomentar a través de folletos, la trascendencia del trato digno.
- Diseñar cursos-talleres para una atención integral, basada en una valoración y entrevista médica con un enfoque holístico.
- Que los médicos concienticen la importancia de la comunicación con los pacientes, como factor primordial en la recuperación de la salud, con base en el conocimiento de su enfermedad.

XV.-Referencias bibliográficas

1. Rivera MN, Blanco HF, La dimensión comunicativa en la práctica médica “el valor de la entrevista”, *Revista Cubana, Educación Médica Superior, Cuba*, 2008; 15 (2): 301 – 11.
2. Barca FI, Parejo MR, Gutiérrez MP, Fernández AF, Alejandro LG, López de Castro F, La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas, *Atención Primaria, España*, 2008; 33 (7): 361 – 7.
3. González MR, Los efectos placebo de la relación médico – paciente, *Revista Cubana de Medicina General Integral, La Habana, Cuba*, 2007; 20 (5 – 6): 20 – 28.
4. Bascuñán RML, Cambios en la relación médico – paciente y el nivel de satisfacción de los médicos, *Revista Médica Chilena, Chile*, 2007; 133: 11 – 16.
5. Ruiz MR, Programas de formación en comunicación clínica: una revisión de su eficacia en el contexto de la enseñanza médica, *Educación Médica, España*, 2008; 6 (4): 159 – 167.
6. Dörr AA, Acerca de la comunicación médico – paciente desde una perspectiva histórica y antropológica, *Revista Médica Chilena, Chile*, 2007; 132: 1431 – 1436.
7. Cruz RF., La "comunicación" médico-paciente, universidad de valencia, España, 2007; 97 – 118.
8. Zoppi K, Epstein RM, ¿Es la comunicación una habilidad? Las habilidades comunicativas para mantener una relación, *anales, Sistema Sanatorio Navarra, España*, 2009; 24 (2): 23 – 31.
9. Gómez ER, El médico como persona en relación médico – paciente, Editorial Fundamentos, Segunda Edición, España, 2008. 48 – 92.
10. Saa D, Relación médico-paciente, *Revista Colombia Médica, Colombia* 2008; 39 (3): 287.
11. Llorens FJA, El juicio ético, un componente obligado en la atención médica, *Ateneo, La Habana, Cuba*, 2007; 1 (1): 43 – 9.
12. Alonso GM, Kraftchenco BO, La comunicación médico – paciente como parte de la formación ético – profesional de los estudiantes de medicina, *Revista Scielo, Educación Médica Superior, La Habana, Cuba*, 2009; 17 (1): 37 – 49.
13. Salas PS, Beca IJP, Los medios de comunicación y los avances biomédicos, *Revista Médica de Chile, Santiago de Chile, Chile*, Octubre 2008; 136 (10): 1348 – 1352.
14. Ocampo J, La bioética y la relación médico-paciente, *Revista científica Cirugía y cirujanos*, 2007; 70 (1): 55 – 60.

15. García VJL, Relación médico – paciente en un modelo de comunicación humana, Revista Medica IMSS, México 2007; 37 (3): 213 – 220, mayo – junio.
16. Rubio AV, Rodríguez IML, Sampedro ME, Victores BC, Alechiguerra GA, Barrio GJL, Evaluación de la calidad de comunicación entre niveles asistenciales mediante el documento interconsulta, Revista de Atención Primaria, España, 2008; 26 (10): 681 – 864.
17. MusoGC, Comunicación médico-paciente: la matriz del acto médico, Revista científica, Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina, 2007. 26 (2) 27 – 34.
18. Cléries X, La comunicación: una competencia esencial para los profesionales de la salud, Editorial Masson, Segunda Edición, Madrid, España, 2008. 89 – 110.
19. Martínez SC, Leal FG, Sobre la calidad clínica de la atención: el problema de la relación médico – paciente, anales médicos, , México, 2007; 48 (4): 242 – 254, octubre – diciembre.
20. Ruiz MR, Rodríguez SJJ, Pérula de Torres L, Prados CJA, Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina familiar, Revista de Atención Primaria, España 2008; 29 (3): 132 – 44.
21. Hernández TI, “Instrumento para el análisis de la comunicación medico paciente en medicina familiar, a través de videgrabaciones como herramienta educativa” Departamento de Medicina, UNAM, 2010.
22. Rodríguez SH, La relación médico – paciente, Revista Cubana Salud Publica, La Habana, Cuba, 2007; 32 (4) 36 – 49, octubre – diciembre.
23. Fernández JA, Relación médico-paciente: estructura del concepto, revista científica médica Hondureña, artículo de opinión, 2007.
24. Girón M, Beviá B, Medina E, Simón TM, Calidad de la relación médico-paciente, Revista Española de Salud Pública, España, 2006; 76 (5): 561 – 575.
25. Vásquez HA, “Relación médico paciente”, Artículo Científico Universidad de El Salvador, El Salvador. 2007; 1 – 13.
26. Salgueiro MME, Entrevista médica, Revista Paceña de Medicina Familiar, Artículos especiales, La Paz, Bolivia, 2008; 5 (8): 137 – 141.
27. Lifshitz A, La relación médico-paciente en una sociedad en transformación, Acta Médica, grupo Ángeles, México, 2007. 1 (1): 59 – 66.
28. Moore P, GómezG, Kurtz S, Vargas A, La comunicación médico – paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?, Revista Médica Chilena, Chile, 2010; 138 (8): 1047 – 1054.
29. Bellón JA, Habilidades de comunicación y utilización de las consultas de atención primaria, anales, Sistema Sanatorio Navarra, España, 2008; 24 (2): 37 – 61.

30. Serra RJA, Comunicación entre el paciente anciano y el médico, *anales Medicina Interna*, Madrid, España, 2007; 20 (2):57 - 58.
31. Hernández TI, Fernández OMF, Irigoyen CA, Hernández HMA, Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar, *Medigraphic Artemisa*, Archivos en medicina familiar, México, 2006; 8 (2): 137 – 143.
32. Gajardo UA, Lavados MC, El proceso comunicativo en la relación médico-paciente terminal, *Dirección de Publicaciones científicas*, Universidad la Sabana, Chile, 2010. 3: 27 – 39.
33. Rivera CAE, Díaz GNJ, Martínez LS, Campos CM, Sánchez GJM, Tena TC, et al., Estudio exploratorio sobre la enseñanza de la comunicación humana asociado a la prácticamédica, *Revista Cirugía y Cirujanos de la Academia Mexicana de Cirugía*, Distrito Federal, México, 2009; 71 (3): 210 – 216, mayo – junio.
34. Almarales PB, Barreras que afectan la comunicación médico – paciente. Hospital “Lucía Iñiguez Landín”., Facultad de Ciencias Médicas “Mariana Grajales Coello”, de Holguín, La Habana Cuba, 2007; 7 (2): 58 – 72.
35. Bohórquez F, “El diálogo como mediador de la relación médico – paciente” Artículo Científico, Departamento de Medicina Interna, Universidad del Cauca, Colombia, 2007; 41 – 60.
36. Cruz MO, Fragoso MMC, González MI, Sierra MDP, Labrada GJA, La relación médico paciente en la actualidad y el valor del método clínico, *Revista Redalyc*, La Habana Cuba, 2010; 8 (5) 112 – 126.
37. Archivo Clínico, Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.1, Pachuca de Soto, Hidalgo.

XVI.-Cronograma de actividades

Año	2011	2012										
Mes	dic	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	ago	sep	oct	nov
Delimitación del tema a estudiar												
Realizado												
Recuperación, revisión y selección de la bibliografía												
Realizado												
Elaboración del protocolo												
Realizado												
Presentación al comité												
Realizado												
Planeación operativa												
Realizado												
Recolección de la información												
Realizado												
Análisis de los resultados												
Realizado												
Escritura de tesis e informes												
Realizado												
Otras actividades.												
Realizado												

ANEXOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
 AREA ACADÉMICA DE MEDICINA
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN ESTATAL EN HIDALGO



HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NUM 1

a) INSTRUMENTO PARA EL ANÁLISIS DE LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN MEDICINA FAMILIAR.

Introducción: el presente instrumento pretende identificar la comunicación que el médico estableció con usted durante la consulta. Le invitamos a contestar con honestidad, recuerde que estos datos son confidenciales.

Edad:	Sexo: H () M()	Escolaridad: () Primaria () Secundaria () Preparatoria () Carrera técnica. () Licenciatura () Posgrado.
No. Consulta: () 1ra. Vez () 2 ó más.	Enfermedad que presenta:	Presenta algún problema para: () Escuchar () Ver () Hablar

No.	Pregunta	Escala de calificación									
		SI					NO				
1	¿El médico le da la bienvenida al llegar al consultorio?										
2	¿El médico se presenta de acuerdo a su rol y grado en el sistema de salud?										
3	¿El médico le llamó por su nombre?										
4	¿El médico le limito en cuanto a tiempo?										
5	¿Le mostró algún recurso como folleto, imagen, cartel, que le permitiera a usted expresar de una mejor manera lo que siente?										
6	¿Le informo su diagnóstico y en que consiste de manera clara y con amabilidad?										
7	¿Utilizó algún ejemplo o apoyo para que usted comprendiera mejor en que consiste su padecimiento?										
8	¿El médico portaba su gafete de identificación?										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	¿Le dio privacidad, comodidad y tranquilidad como paciente?										
10	¿Le permitió explicar sus principales preocupaciones como paciente?										
11	¿El médico, Utilizó preguntas abiertas?										
12	¿El médico le escuchó atentamente sin distracción?										
13	¿Cuándo le consultó, lo observaba atentamente?										
14	¿El médico, guardó silencio cuando usted hablaba?										
15	Si usted no sabía expresar algo, ¿el médico le ayudó para ser más claro usted como paciente?										
16	¿El médico le puso ejemplos para que aclarara los síntomas que usted trae de su enfermedad?										
17	¿El médico, respondió de manera amable y atento antes sus problemas de salud?										
18	¿El médico involucró también a su familiar durante la consulta?										
19	¿El médico, le solicitó autorización para explorarlo?										
20	¿Le informó las maniobras que haría en su cuerpo?										
21	¿Utilizó alguna frase para mencionarle lo que podría sentir en la exploración?										
22	¿Le explicó los resultados de estudios que le había solicitado de manera amable y cortés?										
23	¿Le explicó los signos y síntomas que usted no comprendía?										
24	¿Le aclaró las dudas que tenía sobre su problema de salud?										

Anexo b)



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Anexo b) CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Efectividad de la comunicación médico-paciente en medicina familiar.
Lugar y fecha:	Pachuca de Soto Hgo a _____ del mes de _____ de 2012.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar la efectividad de la Comunicación Médico-Paciente en la consulta de Medicina Familiar en el HGZMF No.1, IMSS, Delegación, Hgo.
Procedimientos:	Contestar un cuestionario de 24 preguntas únicamente, relacionadas a la atención que me dio el médico cuando recibí mi consulta.
Posibles riesgos y molestias:	Atraso posiblemente en mis actividades que tenga programadas pues mi participación constará de 20 minutos aproximadamente.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los resultados servirán para mejorar la atención que recibo en ésta institución, enfocadas a la calidad en la comunicación.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se le plantee acerca de los procedimientos que se llevan a cabo, los riesgos benéficos o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	La información que yo proporcione se manejará de manera secreta.
Beneficios al término del estudio:	Alternativas de solución ante problemas en la comunicación con el médico que me atiende, siendo este un factor elemental para una buena consulta.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:	Lic. Máximo Ventura Jesús
Investigador residente:	Dr. Marco Antonio Ríos Alarcón
Colaborador:	Dr. David Armengol Agís.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

<p>_____</p> <p>Nombre y firma del sujeto</p>	<p>_____</p> <p>Dr. Marco Antonio Ríos Alarcón</p> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>
<p>Testigo 1</p> <p>_____</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>Testigo 2</p> <p>_____</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>